

10. Fachberufe im Gesundheitswesen

Einführung und Ausblick

Das Feld der Gesundheitsberufe umfasst neben den 18 gesetzlich und drei durch Ausbildungsordnungen geregelten Berufen auch eine große Zahl von Qualifikationen auf der Ebene des Landesrechts und im Bereich der Fort- und Weiterbildung. Hinzu kommen zunehmend Bildungsgänge des tertiären Sektors, insbesondere in der Pflege sowie den Berufen im Heilmittelbereich. Die vielen an den Übergängen zu Pädagogik, Sport, Handwerk, Technik, Hauswirtschaft, Wellness, Hygiene, Management und Körperpflege angesiedelten Qualifizierungsmöglichkeiten machen das Feld mittlerweile in hohem Maße unübersichtlich. Zu den Aufgaben der Bundesärztekammer gehört es, die Entwicklungen zu beobachten und aktiv zu begleiten oder zu gestalten, wie bspw. im Berichtsjahr bei der Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten, der Akademisierung der Fachberufe, beim Deutschen Qualifikationsrahmen und der Entwicklung neuer Qualifizierungen in der ambulanten und stationären Versorgung. Dies geschieht häufig gemeinsam mit den Landesärztekammern bzw. diese unterstützend und koordinierend und/oder in Kooperation mit anderen Institutionen des Gesundheitswesens oder des Bildungssektors.

Wichtiges Augenmerk in dem sich ständig weiter differenzierenden und spezialisierenden Feld der Berufe gilt den Schnitt- und Nahtstellen zum Arztberuf und der Identifikation von Zuständigkeiten, Überschneidungen, Qualifikationsbedarfen und Kooperationsmöglichkeiten. Damit sollen die Gefahren, die sich aus der weiter wachsenden – z. T. ökonomisch bedingten – Arbeitsteilung ergeben können, kompensiert und die Erfordernisse einer zugleich komplex organisierten wie „ganzheitlichen“ Patientenversorgung, in der medizinische und pflegerische Versorgungsqualität „rund um den Patienten“ an erster Stelle stehen, angemessen zur Geltung gebracht werden. Bereits das Gesundheitssystem-Modernisierungsgesetz (GMG) 2004 stieß ergänzende Kooperationsmöglichkeiten zwischen Leistungsanbietern im Gesundheitswesen an, mit denen der Gesetzgeber glaubte, Grenzen zwischen den Professionen und Sektoren überwinden zu können. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) 2006 sowie das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (PfwG) 2008 zielen auf eine stärkere Vernetzung von medizinischer und pflegerischer Versorgung nach SGB XI (Soziale Pflegeversicherung) und SGB V (Gesetzliche Krankenversicherung) im Bereich der Integrierten Versorgung sowie durch die Einführung einer zusätzlichen Verwaltungs- und Beratungsebene in Form von Pflegestützpunkten und Pflegeberatern. Zugleich wird die Möglichkeit eröffnet, Tätigkeiten wie z. B. das Case Management und die Versorgungssteuerung den Krankenkassen oder anderen Gesundheitsberufen bzw. heilkundliche Tätigkeiten Pflegekräften zuzuweisen. Dies könnte gewachsene, vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehungen, den Primat der medizinisch orientierten Betreuung und die Qualität der medizinischen Versorgung nach Facharztstandard gefährden.

Die Bundesärztekammer hat in diesem Sinne mit der Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte von 2006, mit fünf Fortbildungscurricula für Medizinische Fachangestellte in 2007 und vier weiteren in 2009 sowie mit dem neuen Aufstiegsberuf „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ in 2009 wichtige Beiträge zur Stärkung der ambulanten Versorgung geleistet. Flankiert wurde dies durch Entwicklungen im Tarifbereich und bei der Altersversorgung.

Tabelle 1: Fachberufe im Gesundheitswesen – Übersicht über die Tätigkeitsfelder bei der Bundesärztekammer

Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten	Weitere Fachberufe im Gesundheitswesen	Tarifangelegenheiten des Praxispersonals
<ul style="list-style-type: none"> • Koordinierung der Ärztekammern in Berufsbildungsfragen • Geschäftsführung von Ausschuss und Ständiger Konferenz Medizinische Fachberufe • Ausbildungsverordnung Medizinische Fachangestellte: Begleitung der Umsetzung in den Landesärztekammern (Musterprüfungsordnung, Aufgabenpool, Broschüren, Erfahrungsaustausch) • Konzeptionierung und Erarbeitung von Curricula zur Fortbildung • Aufstiegsfortbildungen zur Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung und zur Betriebs-/Fachwirtin im Gesundheits- und Sozialwesen • Gemeinsamer Aufgabenpool von Ärztekammern für die Abschlussprüfung • E-Learning in der Ausbildung • Abstimmung mit Bundesverband der freien Berufe und anderen Spitzenorganisationen in Berufsbildungsfragen • Ausbildungsplatzsituation/Rekrutierung von Auszubildenden • Statistiken zur Berufsbildung/Neukonzeption der Berufsbildungsstatistik • Nationaler Ausbildungspakt 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen mit rund 40 Mitgliedsverbänden einschließlich diverser Arbeitsgruppen zur Verbesserung der Kooperation • Sitzungsorganisation und -gestaltung der jährlichen Fachberufekonferenz • Berufspolitische und fachliche Kontakte zu den Verbänden der Fachberufe/Teilnahme an Veranstaltungen • Begleitung von Gesetzgebungsverfahren gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 GG: Operationstechnische Assistenz • Beobachtung der Akademisierung/Bologna-Prozess • Europäische Entwicklungen in der Bildung • Deutscher Qualifikationsrahmen (DQR) • Auskünfte und Beratung zu Ausbildung und Tätigkeit der Gesundheitsberufe • Beobachtung von Kooperationsformen • Kooperation mit den Pflegeberufen • Projektentwicklung zur Kooperationsverbesserung • Pflegeweiterentwicklungsgesetz • Stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die medizinische Versorgung • Beobachtung und Beteiligung an der Qualitätsentwicklung bei den Heilmittelbringern • Beobachtung der Heilmittelversorgung • Direktzugang für Physiotherapeuten • Elektronische Berufeausweise/Beruferegister • AG zu § 63 (3c) SGB V beim Gemeinsamen Bundesausschuss 	<ul style="list-style-type: none"> • Geschäftsführung der AAA (Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten) • Geschäftsführung von Tarifverhandlungen • Gehalts-, Manteltarifvertrag, Tarifvertrag betriebliche Altersvorsorge und Entgeltumwandlung • Veröffentlichung von Tarifverträgen • Auskünfte und Beratung von Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Steuerberatern, Anwälten und weiteren Stellen zu Tarifverträgen • Beobachtung der Entwicklung der Beschäftigungssituation im Gesundheitswesen <p>Altersversorgung/Pensionskasse der Gesundheitsberufe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementierung und Promotion der betrieblichen Altersversorgung in Praxen • Begleitung des Beirats Pensionskasse

Parallel hierzu ist die Entwicklung neuer Konzepte und Modellversuche im Nachgang zum Sachverständigenratgutachten 2007 zur „Stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in Versorgungskonzepte“ kritisch-konstruktiv zu begleiten. Hinsichtlich sektoren- und/oder berufsgruppenübergreifender Modelle sind absehbare Nachteile zu vermeiden und die Zusammenarbeit mit Anbietern von Leistungen, die die ärztliche Versorgung flankieren können, zu suchen. Dazu hat die Bundesärztekammer in 2008 durch die Veröffentlichung des Gutachtens „Zur Frage der stärkeren Einbeziehung von nicht-ärztlichen Gesundheitsberufen in Versorgungskonzepte am Beispiel Case Management“ und ihre Initiative für die Entwicklung eines entsprechenden multiprofessionellen Curriculums in 2009 einen wichtigen Beitrag geleistet. Sie hat darüber hinaus im Rahmen der „Förderinitiative Versorgungsforschung“ in 2008/09 weitere Projekte zur besseren Kooperation der Gesundheitsberufe und zur Evaluation der o. g. Fortbildungscurricula angestoßen. In 2009 wurde zusätzlich ein Studienauftrag an das Institut für Medizinmanagement und Gesundheitswissenschaften der Universität Bayreuth (Prof. Nagel) zur Delegation ärztlicher Aufgaben an nichtärztliche Berufe in der stationären Versorgung erteilt, dessen Ergebnisse in 2010 vorliegen werden. In mehreren Arbeitsgruppen der Fachberufekonferenz wurde im Berichtsjahr auch verstärkt professionsübergreifend an praktischen Verbesserungsmöglichkeiten der Kommunikation und der Prozessqualität in der Versorgung gearbeitet.

Ein besonderes Augenmerk muss auch weiterhin auf der vernetzten medizinisch-pflegerischen Versorgung alter und/oder pflegebedürftiger Menschen und Patienten mit chronischen Erkrankungen liegen, um den großen Herausforderungen, die aufgrund der demografischen, medizinischen und ökonomischen Entwicklung auf alle westlichen Industriestaaten zukommen, zu begegnen.

10.1 Entwicklungen in der beruflichen Bildung

10.1.1 Modernisierung des Berufsbildungssystems

Seit März 2007 beteiligen sich der Bundesverband der Freien Berufe (BFB) und die Ärztekammern an dem um drei Jahre verlängerten „Nationalen Pakt für Ausbildung und Fachkräftenachwuchs in Deutschland (2007–2010)“. Damit bringen die Freien Berufe zum Ausdruck, dass sie sich nicht nur verstärkt in die Diskussion um bildungspolitische Entwicklungen einschalten wollen, sondern die Notwendigkeit sehen, sich angesichts des demografischen Wandels, der in den nächsten Jahren zu einem Rückgang der Schulabgängerzahlen führen wird, verstärkt um Auswahl und Ausbildung ihrer Mitarbeiter zu kümmern (s. Seite 240 f.). Der BFB steuert und koordiniert die Beteiligung der Freien Berufe am Pakt direkt. Für die Ärzteschaft ist Dr. Cornelia Goesmann, Vizepräsidentin und Vorsitzende der Fachberufegremien der Bundesärztekammer, Mitglied im Paktbeirat. In der Beiratssitzung am 02.12.2009 wurde über die Fortsetzung des Paktes und die Arbeitsschwerpunkte beraten. Es bestand Einigkeit, den Pakt themenmäßig nicht auszuweiten. Das Problem der fehlenden Ausbildungsreife von Jugendlichen, von dem die freien Berufe besonders betroffen sind, soll im Pakt vertieft behandelt werden.

In den Jahren 2007 und 2008 ist es in den freien Berufen gelungen – trotz weiterhin schwieriger Rahmenbedingungen –, das hohe Niveau an Ausbildungsplätzen zu halten. Die alljährliche Statistik zum 30. September (Berufsbildungsbericht der Bundesregierung) weist allerdings in 2009 nach den positiven Ergebnissen in 2007 und 2008 bei den Medizinischen Fachangestellten einen Rückgang um 4,5 Prozent aus. Bei den Freien Berufen wurden insgesamt 42.664 neu abgeschlossene Ausbildungsverträge registriert. Das bedeutet insgesamt ein Minus von 2,9 Prozent.

Die Spitzenorganisationen der deutschen Wirtschaft, Bundesregierung und -länder sowie die Gewerkschaften befassen sich derzeit mit der notwendigen Modernisierung des deutschen dualen Berufsbildungssystems in Anbetracht demografischer, wirtschaftlicher, technologischer und internationaler Entwicklungen. Vorgeschlagen werden zahlreiche qualitative und quantitative Maßnahmen, um das duale deutsche Berufsbildungssystem und das ihn tragende Berufsprinzip im europäischen Wettbewerb weiterzuentwickeln (s. Tätigkeitsbericht 2008, S. 340).

Mit der Nationalen Qualifizierungsoffensive „Aufstieg durch Bildung“ hat die Bundesregierung seit 2008 Qualifizierung und Bildung zu einem neuen Themen- und Programmschwerpunkt gemacht, um Deutschland als Wirtschaftsnation in Zeiten der Globalisierung besser zu positionieren. Bildung und Qualifizierung sollen als Kernelemente von Zukunftsvorsorge begriffen und das deutsche Aus- und Weiterbildungssystem in Qualität und Wirkungsbreite grundlegend verbessert werden.

Über die im „Bildungsgipfel“ vom 22.10.2008 genannten zahlreichen Maßnahmen des Bundes und der Länder (z. B. die Halbierung der Schulabbrecherquote von acht auf vier Prozent bis 2015, die Halbierung der Zahl der Jugendlichen ohne Berufsabschluss von 17 Prozent auf 8,5 Prozent und die Anhebung der Studienanfänger auf 40 Prozent) soll im Jahr 2010 berichtet werden. Die Koalitionsvereinbarung vom Oktober 2009 hebt insbesondere für die duale Berufsbildung die Weiterentwicklung von Rahmenbedingungen bei gleichzeitiger Flexibilisierung und Modularisierung hervor. Das Berufsprinzip soll allerdings gewahrt werden. Durch vergleichende Kompetenzmessung soll die Ausrichtung auf den internationalen Wettbewerb unterstützt werden. (Weitere Informationen unter www.freie-berufe.de/Ausbildungspakt bzw. www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzhelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/Fortbildung.)

10.1.2 Deutscher Qualifikationsrahmen

Seit 2005 stellen die europäischen Entwicklungen im Bildungsbereich ein wichtiges Themenfeld dar, das die Bundesärztekammer, teilweise gemeinsam mit dem Bundesverband der Freien Berufe, intensiv begleitet. Im Mittelpunkt stand zunächst der Europäische Qualifikationsrahmen (EQR), der durch die Empfehlung der Europäischen Kommission vom April 2008 abschließend beraten wurde. Der EQR soll im Sinne eines Meta-Rahmens für nationale Qualifikationsrahmen die Vergleichbarkeit von Abschlüssen und Qualifikationen in der allgemeinen, der hochschulischen sowie der beruflichen Bildung in allen Mitgliedstaaten ermöglichen. Als ein bildungsbereichübergreifendes Vorhaben, das eng in den Lissabon-Prozess, aber auch in den gesamteuropäischen Bologna-Prozess eingebunden ist, verfolgt er die Makroziele Transparenz, Durchlässigkeit, Kompetenz-

orientierung von Qualifikationen, Mobilität sowie Gleichwertigkeit von allgemeiner, hochschulischer und beruflicher Bildung. Den Kern des EQR bildet ein Modell von acht Referenzniveaus, mit denen Lernergebnisse beschrieben werden, sowie ein komplexes Outcome-orientiertes Deskriptorenset zur Beschreibung von Qualifikationen. Alle formalen und informellen Qualifikationen, die im Verlaufe einer Lernbiografie im Bereich der Aus- und Weiterbildung erworben werden, sind darin abzubilden.

Der Bundesverband der Freien Berufe hat bereits in einer Stellungnahme vom Dezember 2005 auf die Besonderheiten der akademischen Bildung und die vorrangige Geltung der Berufsanerkennungsrichtlinie für reglementierte Berufe (2005/36/EG) (BAR) hingewiesen und eine primäre Anwendungsmöglichkeit bei den „dualen“ Ausbildungsberufen im Gesundheitswesen gesehen. Offensichtlich als Reaktion auf die weiterhin von verschiedenen Seiten als unklar empfundene Relation von EQR und BAR hat die Europäische Kommission in einer Mitteilung vom 23.04.2008 klargestellt, dass der EQR nicht für die Fälle gilt, in denen die Richtlinie 2005/36/EG zur Anwendung kommt.

Deutschland hat im Januar 2007 mit der Erarbeitung eines deutschen Qualifikationsrahmens (DQR) durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung und die Kultusministerkonferenz einerseits und eine Arbeitsgruppe des Hauptausschusses des Bundesinstituts für Berufsbildung andererseits begonnen. Im März 2007 wurde Konsens über Ziele und Leitlinien, übergeordnete Kompetenzkategorien, Terminologien und Niveaustufen erzielt. Auf dieser Basis erfolgte bis Februar 2009 die Erarbeitung eines achtstufigen DQR-Modells in enger Anlehnung an die Vorgaben des EQR, um die später notwendige Kompatibilität möglichst vorwegzunehmen.

In der sog. zweiten Phase des DQR-Prozesses wurden seit Mai 2009 Praktikabilität und Passung des DQR-Modells für den schulischen, allgemeinen, den Berufsbildungs- und Hochschulbereich geprüft sowie eine exemplarische Zuordnung bestehender Abschlüsse zu den Niveaustufen versucht. Vier Arbeitsgruppen aus den Bereichen Handel, Metall/Elektro, IT und Gesundheit testeten die Handhabbarkeit des DQR-Konzepts mit dem Ziel der Weiterentwicklung und der Erarbeitung eines Handbuchs. In der Arbeitsgruppe Gesundheit wirkt neben weiteren Institutionen und Verbänden die Bundesärztekammer mit. Ganztägige Sitzungen fanden am 25. Mai, 25. Juni, 28. September und 3. Dezember 2009 statt. Der Bundesverband der Freien Berufe hat eine Begleitgruppe ins Leben gerufen, die die Arbeit der Sachverständigen aus der Ärzteschaft und den Fachberufen koordiniert und am 8. Juli, 14. September und 23. November 2009 zusammenkam. In der dritten Phase des DQR bis Ende 2011 werden die Vorschläge der Arbeitsgruppen geprüft, und es erfolgen weitere politische Entscheidungen über seine Umsetzung. Alle Abschlüsse des deutschen Bildungssystems werden dann den Niveaustufen des DQR möglichst vollständig zugeordnet. Dabei sollen die Empfehlungen der vier Arbeitsgruppen berücksichtigt werden. Bis Ende 2012 müssen alle neuen Qualifikationsnachweise der „zuständigen Stellen“ den Verweis auf das DQR-Niveau enthalten. (Weitere Informationen unter www.deutscherqualifikationsrahmen.de.)

10.2 Medizinische Fachangestellte

Der Beruf der Medizinischen Fachangestellten gehört zu den derzeit rund 350 „anerkannten“ Ausbildungsberufen in Deutschland. Hierfür wurde nach § 4 Berufsbildungsgesetz (BBiG) im Jahre 2006 eine Ausbildungsordnung erlassen, die die Ausbildungsordnung für Arzthelferinnen von 1985 abgelöst hat. Nach § 71 BBiG sind für die Berufsbildung der Gesundheitsdienstberufe die Ärztekammern die jeweils für ihren Bereich „zuständige Stelle“. Sie haben demnach zahlreiche gesetzlich geregelte Aufgaben wahrzunehmen, die aus dieser originären Zuständigkeit erwachsen.

10.2.1 Ausbildungs- und Arbeitsmarktsituation

Zum Zwecke der Planung und Ordnung der Berufsbildung gemäß §§ 87 und 88 BBiG erfolgt alljährlich eine Umfrage des Statistischen Bundesamtes bei den zuständigen Stellen. Das aktuelle Berichtsjahr 2008 war das zweite Berichtsjahr nach der Umstellung der Berufsbildungsstatistik auf Individualdaten. Gegenüber dem Jahr 2007 wurde der Umfang der veröffentlichten Informationen deutlich gesteigert. Die auf diesen Auswertungen beruhende nachfolgende Tabelle 2 liefert Angaben über die Zahl der Auszubildenden, differenziert nach Ausbildungsjahren, neu abgeschlossenen Ausbildungsverträgen, ausländischen Auszubildenden und Teilnehmern an Abschlussprüfungen zum Stichtag 31.12.2008.

Die Gesamtzahl der Ausbildungsplätze zum 31.12.2008 beträgt über alle Ausbildungsjahre bundesweit 39.990 und hat sich damit im Vergleich zum Vorjahresniveau um 1,8 Prozent erhöht. In den neuen Bundesländern ist ein leichter Rückgang um 0,5 Prozent zu verzeichnen. Die Zahl der neu abgeschlossenen Auszubildenden in 2008 ist in den alten Bundesländern erneut um 1,1 Prozent gestiegen, in den neuen Bundesländern hingegen um 13,46 Prozent im Vergleich zum Vorjahr gesunken.

Insgesamt sind die Ausbildungszahlen zwischen 1992 und 2008 um 20,5 Prozent zurückgegangen. Allerdings liegt die Medizinische Fachangestellte/Arzthelferin mit 5,6 Prozent Anteil an allen weiblichen Auszubildenden bundesweit immer noch auf Rang 3 der zahlenmäßig bedeutsamsten Ausbildungsberufe für Frauen. Derzeit erlernen auch 356 junge Männer diesen Beruf.

Die Statistiken belegen, dass sich die schulische Vorbildung der Auszubildenden in den letzten Jahren wieder deutlich verbessert hat. Bei den in 2008 14.696 neu abgeschlossenen Auszubildenden ist die Verteilung gegenüber dem Vorjahr mit rund 18 Prozent Hauptschülerinnen, 66 Prozent Realschülerinnen und 11 Prozent Abiturientinnen – wie schon seit 1997 erkennbar – zugunsten des Anteils der Realschülerinnen nahezu unverändert und hat damit einen erfreulich hohen Stand erreicht (1993: 44 Prozent). 16 Jahre und jünger sind demgemäß nur 14 Prozent der Auszubildenden, rund 22 Prozent sind 17 Jahre alt, 47 Prozent sind 18 bis 20 Jahre alt und 16 Prozent noch älter. Nichtsdestotrotz wird auch in der Ärzteschaft seit mehreren Jahren über mangelnde Ausbildungsreife der Jugendlichen geklagt, womit im Wesentlichen ein Defizit in grundlegenden Kulturtechniken wie Lesen, Schreiben, Rechnen, aber auch bei Konzentration und Verhalten gemeint sind. Häufig wird hierin mit ein Grund für teilweise nachlassendes Ausbildungsengagement insbesondere bei Freien Berufen gesehen. Der Anteil der

Tabelle 2: Ausbildungsverhältnisse und Abschlussprüfungen in der beruflichen Ausbildung 2008 nach Ländern (Stichtag 31.12.2008)

Landesärztekammer	Auszubildende										Teilnehmer an Abschlussprüfungen	
	insgesamt	weiblich	männlich	davon im Ausbildungsjahr			ausländische Auszubildende	neu abgeschlossene Ausbildungsverhältnisse	insgesamt	davon bestanden		
				1.	2.	3.						
Baden-Württemberg	6.286	6.257	29	2.093	2.156	2.015	790	2.090	1.846	1.829		
Bayern	8.927	8.866	61	2.891	3.246	2.790	661	3.022	2.957	2.782		
Berlin	1.569	1.532	37	536	541	492	165	556	490	463		
Bremen	483	480	3	160	176	147	52	171	152	k.A.		
Hamburg	834	823	11	313	266	255	82	359	258	255		
Hessen	2.763	2.733	30	1.017	911	806	394	1.019	926	890		
Niedersachsen	3.551	3.518	33	1.478	1.527	546	209	1.502	1.357	1.328		
Nordrhein	5.179	5.138	41	1.857	1.768	1.554	525	1.938	1.580	1.496		
Rheinland-Pfalz	2.135	2.123	12	770	740	620	145	805	816	682		
Saarland	545	544	1	206	175	140	50	205	165	145		
Schleswig-Holstein	1.346	1.335	11	462	485	386	50	502	440	k.A.		
Westfalen-Lippe	3.913	3.893	20	1.713	736	1.464	327	1.717	1.601	1.456		
total (West)	37.531	37.242	289	13.496	12.727	11.215	3.450	13.886	12.588	11.326		
Brandenburg	605	586	19	203	203	177	5	205	179	171		
Mecklenburg-Vorpommern	397	391	6	138	135	124	7	139	164	157		
Sachsen-Anhalt	446	435	11	150	167	120	8	148	148	137		
Sachsen	644	628	16	205	231	192	3	204	182	156		
Thüringen	367	352	15	115	134	118	0	114	117	108		
total (Ost)	2.459	2.392	67	811	870	731	23	810	790	729		
Bundesgebiet	39.990	39.634	356	14.307	13.597	11.946	3.473	14.696	13.378	12.055		

Es sind nur solche neu abgeschlossenen Ausbildungsverhältnisse nachgewiesen, die am 31.12.2008 noch bestanden haben.

vorzeitigen Vertragslösungen ist bezogen auf die Neuabschlüsse mit 18 Prozent gegenüber dem Vorjahr leicht gestiegen; etwa die Hälfte aller Vertragslösungen findet innerhalb des ersten Ausbildungsjahres statt, davon knapp zwei Drittel innerhalb der Probezeit. Mit 3.473 (8,6 Prozent) ist der Anteil der ausländischen Auszubildenden gegenüber dem Vorjahr annähernd gleich geblieben.

Der Anteil der Ausbildungsverhältnisse der Freien Berufe an den Gesamtausbildungsverhältnissen in Deutschland ist mit 7,2 Prozent zum 31.12.2008 gegenüber dem Vorjahr konstant geblieben. Noch im Jahr 1992 betrug der Anteil allerdings 10,6 Prozent, und dies bei einer deutlich niedrigeren Zahl von selbstständigen Freiberuflern (Zuwachs zwischen 1992 und 2008 um 85,6 Prozent). Die Zahl der arbeitslosen Medizinischen Fachangestellten/Arzthelferinnen hat sich zwischen Juli 2008 und Juli 2009 bundesweit von 14.084 (davon West: 11.221, Ost: 2.863) auf 13.849 (davon West: 11.156, Ost: 2.693) um 1,7 Prozent verringert. Die Zahl der offenen Stellen ist in diesem Zeitraum gleichzeitig bundesweit um 2,5 Prozent gesunken.

Seit 2004 beteiligen sich die Ärztekammern zunehmend am Programm „Geförderte Einstiegsqualifizierungen für Jugendliche“ – EQ J (seit 1. Oktober 2007 EQ und Fortführung als Maßnahme des § 235b SGB III Arbeitsförderung). EQ ist ein betriebliches Langzeitpraktikum von mindestens sechs bis maximal zwölf Monate und dient als Brücke in die Berufsausbildung.

Mit einer Übergangsquote in die betriebliche Berufsausbildung von über 60 Prozent haben sich betriebliche Einstiegsqualifizierungen in den vergangenen Jahren auch bei den freien Berufen als ein erfolgreiches Instrument zur beruflichen Integration junger Menschen und zur Stabilisierung und Ausweitung betrieblicher Berufsausbildung erwiesen. Es gilt nicht nur für Jugendliche, die noch nicht im vollen Umfang ausbildungsreif sind, sondern auch für bis zum 30.09. als unversorgt geltende Jugendliche sowie solche unter 25 Jahren, die nicht mehr der allgemeinbildenden Schulpflicht unterliegen. Seit 2004 wurden von mittlerweile 16 Ärztekammern insgesamt 295 EQ-Verträge registriert (Stand: 12.01.2010). Die Resultate werden von den teilnehmenden Kammern positiv beurteilt. (Weitere Informationen unter www.destatis.de sowie www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/ Fortbildung > Ausbildungszahlen.)

10.2.2 Rekrutierung von Auszubildenden

Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ hatten am 11.12.2008 beschlossen, sich in ihrer nächsten Sitzung angesichts der absehbaren personellen und strukturellen Entwicklungen im Gesundheitswesen mit den Personalressourcen in der ambulanten medizinischen Versorgung unter dem Aspekt der Rekrutierung und Qualifizierung von auszubildenden Medizinischen Fachangestellten zu beschäftigen. Es zeichnet sich ab, dass wegen des prognostizierten Rückgangs der Schulabgängerzahlen bei gleichzeitig veränderten Versorgungsbedarfen eine zunehmende Konkurrenz um geeignete Bewerber/-innen für den Beruf der Medizinischen Fachangestellten entsteht. Die Ärztekammern als für die Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten „zuständige Stellen“ nach dem Berufsbildungsgesetz sollten sich daher rechtzeitig mit dieser Entwicklung auseinandersetzen und nach Lösungsmöglichkeiten suchen.

Diese Diskussion der Gremien erfolgte am 17.12.2009 auf der Basis einer Umfrage bei den Landesärztekammern zu den von diesen hierzu bereits laufenden und geplanten Aktivitäten und Maßnahmen in 2009 sowie eines umfassenden Diskussionspapiers unter dem Titel „Rekrutierung, Aus- und Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten für die ambulante medizinische Versorgung“. Es enthält Daten und Analysen zum Arbeitskräftebedarf, zur Morbiditätsentwicklung, zu Kosten-Nutzen-Argumenten der Ausbildung und zum Berufsbild der MFA sowie eine Übersicht über Finanzierungsmöglichkeiten von Rekrutierungs- und Qualifizierungsmaßnahmen.

Die Gremien verabschiedeten umfassende Handlungsempfehlungen für vorausschauende, die niedergelassenen Ärzte unterstützende Maßnahmen zur Rekrutierung von Personal, gegliedert nach unterschiedlichen Ansatzpunkten und Handlungsfeldern seitens der Landesärztekammern sowie der Bundesärztekammer. Hierzu gehören Maßnahmen zur Erhöhung der Ausbildungsqualität, zur Verbesserung der externen und der internen Öffentlichkeitsarbeit sowie von Serviceleistungen, zur Steigerung der Akzeptanz des Berufsbildes MFA und zur Beteiligung an Projekten/Maßnahmen/Förderprogrammen auf Landesebene. Die Bundesärztekammer wird die Maßnahmen begleiten, koordinieren und unterstützen. Dem Vorstand der Bundesärztekammer soll das Papier im Januar 2010 zur Beschlussfassung vorgelegt werden.

10.2.3 Ausbildungsverordnung und ihre Umsetzung

Am 05.05.2006 ist die Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten vom 26.04.2006 im Bundesgesetzblatt I Nr. 22 veröffentlicht worden. Sie trat am 01.08.2006 in Kraft. Gleichzeitig trat die Verordnung über die Berufsausbildung zum Arzthelfer/zur Arzthelferin vom 10.12.1985 außer Kraft. (Detaillierte Darstellungen der Vorgeschichte der Verordnung mit allen Sitzungen der Fachberufegremien und ihren jeweiligen Beschlüssen hierzu enthalten die Tätigkeitsberichte 1986, S. 326 ff. und 1999, S. 430 ff.; eine ausführliche Darstellung des Novellierungsverfahrens seit 2004, insbesondere der Kontroverse zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite zur Dauer und Struktur der praktischen Prüfung, und die Beschlüsse der Gremien und des Vorstandes der Bundesärztekammer hierzu s. Tätigkeitsbericht 2005, S. 425 ff.).

Die erste Generation von Medizinischen Fachangestellten hat im Sommer 2009 die Abschlussprüfung abgelegt; von ca. 9.509 Prüflingen haben 8.940 bestanden (94 Prozent). Die neue Berufsbezeichnung bzw. die veränderten Inhalte spiegeln die zukünftigen medizinischen, technischen, strukturellen und wirtschaftlichen Anforderungen in der medizinischen Versorgung wider: Das Krankheitsspektrum, die Patientenstruktur und das Patientenverhalten haben sich verändert; es gibt mehr ältere, multimorbide, chronisch kranke Patienten und ein gestiegenes Informations- und Anspruchsniveau. EDV und Telematik durchdringen alle Anwendungsbereiche. Der medizinisch-technische Fortschritt verändert permanent die medizinische Behandlung. Medizinische Erfordernisse und wirtschaftliche Rahmenbedingungen erfordern neue Organisations- und Kooperationsformen; Arbeits- und Betriebsorganisation sowie Verwaltung werden mit den Instrumenten des Qualitätsmanagements modernisiert und effektiert.

Die Medizinische Fachangestellte als kompetente Mitarbeiterin des Arztes in verschiedenen Betriebsformen ist ausführend und gestaltend in alle Behandlungs- und Verwaltungsprozesse eingebunden. Ihr Qualifikationsprofil war deshalb inhaltlich auf die gegenwärtigen wie zukünftigen Anforderungen in der Patientenversorgung auszurichten und aktuellen berufspädagogischen Entwicklungen zufolge auf Handlungs- und Kompetenzorientierung hin auszurichten. Das bewährte Berufsbild mit gleichgewichtigen Ausbildungsanteilen in den Bereichen Behandlungsassistenz und Betriebsorganisation und -verwaltung wurde beibehalten, ebenso das Ziel einer Allround-Fachkraft, die in allen ärztlichen Fachgebieten einsetzbar ist. Neue Schwerpunkte bzw. Inhalte sind Kommunikation mit Patienten und im Team, insbesondere der Umgang mit Konflikten, Beschwerden und Störungen, Patientenbetreuung, -koordinierung und -beratung, Qualitätsmanagement, Zeit- und Selbstmanagement, Marketing, Handeln in Notfällen, Gesundheitsförderung und Prävention, Dokumentation, Datenschutz und Datensicherheit sowie Informations- und Kommunikationstechnologien. Außerdem wurden Inhalt, Struktur, Niveau und Zeitumfang der Abschlussprüfung sowie die Bestehensregelung den allgemeinen Standards in der beruflichen Bildung angepasst. Das Prinzip der handlungsorientierten Ausbildung hat Konsequenzen insbesondere für den praktischen Prüfungsteil, der inhaltlich und zeitlich deutlich aufgewertet wurde.

Die neuen Inhalte und Strukturelemente der Ausbildung verlangen allen Beteiligten (auszubildenden Ärzten und Medizinischen Fachangestellten, Auszubildenden, Kammern und Berufsschulen) auch drei Jahre nach Inkrafttreten immer noch große Anstrengungen ab, auch wenn der Übergang bisher erfolgreich gestaltet wurde. Dies zeigte sich deutlich in der Durchführung der ersten „großen“ Sommerabschlussprüfung in 2009. In den nächsten Jahren muss die Umsetzung auch weiterhin intensiv und verantwortlich begleitet werden, damit die Neuordnung die Ergebnisse hervorbringt, die von allen gewünscht werden. Bundesärztekammer und Landesärztekammern haben dazu bereits zahlreiche Umsetzungsaktivitäten durchgeführt, z. B. die Entwicklung einer Musterprüfungsordnung und Herausgabe erläuternder Broschüren. (S. hierzu ausführlich die Tätigkeitsberichte 2007 und 2008, S. 375 ff. bzw. S. 347 ff., sowie Kapitel 10.2.2 und 10.2.9 im vorliegenden Tätigkeitsbericht.)

Insbesondere die neuen Regelungen zur Praktischen Prüfung stellen die Prüfungsaufgabenerstellungsausschüsse, die Prüfungsausschüsse und die Kammern vor erhebliche organisatorische, personelle und finanzielle Herausforderungen. Gerade an den Prüfungsergebnissen wird sich sehr viel stärker als bisher die Qualität der Ausbildung in den Arztpraxen ablesen lassen. Deshalb fand zur rechtzeitigen Abstimmung unter den Kammern im Zuge der Implementierung bereits am 30./31.05.2006 ein zweitägiger Workshop mit Schwerpunkt auf dem praktischen Teil statt, um gemeinsam Strategien, Vorgehensweisen und Musterlösungen zu erarbeiten. Gleichermäßen erfolgreich war eine zweitägige Veranstaltung der Bundesärztekammer mit dem Ziel eines Erfahrungsaustausches der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von MFA-/Arzthelferinnenabteilungen der Ärztekammern am 30. September und 1. Oktober 2009. Es war der fünfte Erfahrungsaustausch seit 1997. Die Teilnehmer beschäftigten sich auf Basis des ersten Prüfungsjahrgangs intensiv mit zahlreichen inhaltlichen, organisatorischen, finanziellen und rechtlichen Fragen zur schriftlichen und praktischen Prüfung. Es zeigte sich, dass bereits jetzt ein sehr beachtlicher Umsetzungsstand erreicht wurde. Nach gemeinsamer Auffassung wirkt sich die weitere Qualitätsverbesserung der Abschlussprüfungen zumindest indirekt auf die Qualität der Ausbildung insgesamt aus. Ein kontinuierlicher Abgleich der künftigen Prüfungsergebnisse wurde vereinbart.

Mit verschiedenen Maßnahmen hat die Bundesärztekammer zu einer zeitnahen und abgestimmten Vorgehensweise bei der Implementierung der Neuregelung beigetragen. Im Rahmen verschiedener Veranstaltungen im Berichtsjahr hat sich deutlich gezeigt, dass Medizinische Fachangestellte als Mitarbeiterinnen des Arztes zu dessen Unterstützung und Entlastung zunehmend Beachtung und Anerkennung als wichtige Säule des Gesundheitswesens erfahren. Das Qualifizierungs- und Kooperationskonzept der Bundesärztekammer zur Stärkung der ambulanten Versorgung im Sinne des ambulanten therapeutischen Teams wird im politischen und fachlichen Umfeld zunehmend deutlicher wahrgenommen, z. B. beim Sachverständigenrat, in Bundes- und Landesministerien und bei den Krankenkassen.

10.2.4 Fortbildungscurricula für die ambulante Versorgung

Als Beitrag zur Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung und zur Steigerung der Attraktivität des Berufs haben Fachberufegremien und Vorstand der Bundesärztekammer seit 1996 sechs spezialisierende Fortbildungscurricula für Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte beschlossen, die unter Beteiligung der betroffenen Fachkreise erarbeitet wurden. (Eine Auflistung der Curricula mit Entstehungsdaten enthält z. B. der Tätigkeitsbericht 2008, S. 349 f.)

In 2007 kamen fünf neue Curricula hinzu: Patientenbegleitung und Koordination, Ernährungsmedizin, Ambulante Versorgung älterer Menschen, Prävention im Kindes- und Jugendalter und Prävention bei Jugendlichen und Erwachsenen (s. Tätigkeitsbericht 2007, S. 379 ff.). In 2009 wurden drei weitere Curricula in Kooperation mit den Ärztekammern Hessen und Westfalen-Lippe über- bzw. erarbeitet: Onkologie (gemäß Onkologievereinbarung vom Juli 2009), Palliativversorgung sowie Elektronische Praxiskommunikation und Telemedizin. Sie wurden von Ausschuss und Ständiger Konferenz „Medizinische Fachberufe“ am 17.12.2009 verabschiedet. Nach Beschlussfassung im Vorstand der Bundesärztekammer sollen sie ab 2010 umgesetzt werden.

Damit existieren nunmehr 13 Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer im Umfang von 40 bis 160 Stunden in modularer Struktur. Sie zielen auf Vertiefung und Erweiterung von Wissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten in wichtigen medizinischen Versorgungsbereichen. Die Ziele der Fortbildungen sind in Form von komplexen Handlungskompetenzen formuliert und – wo möglich – handlungs- und kompetenzorientiert auf Arbeits- und Geschäftsprozesse hin ausgerichtet.

Die Curricula sind nicht als obligatorische Maßnahmen, sondern als sinnvolle und zweckmäßige Angebote zu verstehen, um mit bundesweiten Standards die erforderlichen Voraussetzungen für einheitliche Qualifikationen des Personals zu schaffen. Sie können im medizinischen Wahlteil oder im Pflichtteil des Aufstiegsberufs „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ eingesetzt werden und tragen zu einer Aufwertung und Berufsbildentwicklung maßgeblich bei.

Eine rasche flächendeckende Umsetzung insbesondere der neuen handlungs- und kompetenzorientierten Curricula ist aus Versorgungsgründen dringend notwendig. Vor allem in den neuen Bundesländern sollten sie als Gegenentwurf zu „Schwester AGnES“ aus der ärztlichen Selbstverwaltung heraus entsprechend gefördert werden.

10.2.5 „Nichtärztliche Praxisassistentin“ nach § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V

Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz vom Mai 2008 ermöglicht gemäß § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V „... ärztlich angeordnete Hilfeleistungen anderer Personen ... in der Häuslichkeit der Patienten in Abwesenheit des Arztes ...“. Zum 01.04.2009 haben sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Krankenkassen über die Gebührenordnungsposition sowie über eine Vereinbarung zur Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistung in der Häuslichkeit (sog. Delegationsvereinbarung) geeinigt. Als Qualifikationsvoraussetzung sieht die Vereinbarung einen qualifizierten Berufsabschluss als Medizinische Fachangestellte/Arzthelferin oder nach dem Krankenpflegegesetz eine mindestens dreijährige Berufserfahrung in einer hausärztlichen Praxis sowie eine Zusatzqualifikation vor. Die Nachweise über die Berufserfahrung und die Zusatzqualifikation sind durch ärztliche Bescheinigung und eine zertifizierte Kursteilnahme gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung zu führen.

Die Zusatzqualifikation umfasst eine theoretische Fortbildung, eine praktische Fortbildung in Form von Hausbesuchen und eine Fortbildung im Notfallmanagement. Ihr Stundenumfang richtet sich nach der Dauer der bisherigen Berufstätigkeit und beträgt 190 bis 270 Stunden. Qualifizierungen durch Fortbildungsmaßnahmen nach den Curricula der Bundesärztekammer oder aus Modellvorhaben wie z. B. AGnES werden angerechnet, wie dies im Beschluss des Vorstands vom 27.03.2009 sowie in einer Entschließung des 112. Deutschen Ärztetages 2009 (Drucksache VIII-24) gefordert wurde. Eine Ad-hoc-Arbeitsgruppe des Vorstands der Bundesärztekammer hat unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zwischen Juni und November 2009 ein 270-Stunden-Curriculum gemäß den Vorgaben der Delegationsvereinbarung entwickelt, das die Musterfortbildungscurricula der Bundesärztekammer in Gänze oder in Teilen umfasst sowie zusätzliche neue Elemente beinhaltet. Die anrechnungsfähigen Elemente der BÄK-Curricula machen ca. zwei Drittel aus. Dabei sind die beiden Musterfortbildungscurricula „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ und „Patientenbegleitung und -koordination“ mit 84 Stunden komplett enthalten. Die Qualifizierungskonzepte EVA in Nordrhein und Westfalen-Lippe und HelVer in Schleswig-Holstein sind mit dem Curriculum kompatibel.

Die KBV beabsichtigt Verhandlungen zur Ausweitung der Delegationsvereinbarung. Mit dem Spitzenverband Bund ist vereinbart, dass die Auswirkungen der Einführung dieser Hilfeleistung bis zum 31.12.2011 fortlaufend analysiert und geprüft werden, um die Leistungen zu ändern oder zu verbessern, ggf. auch auf weitere Fachgebiete, insbesondere in der Kinderheilkunde, zu erweitern.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat das Curriculum am 18.12.2009 beschlossen und allen Landesärztekammern zur Anwendung empfohlen. (S. hierzu www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/Fortbildung.)

10.2.6 Aufstiegsfortbildung nach § 54 BBiG „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“

Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ sahen am 23.03.2006 die Notwendigkeit, nach Inkrafttreten der Ausbildungsverordnung für Medizinische Fachangestellte auch den Aufstiegsberuf der Arztfachhelferin anzupassen und hierfür Eckpunkte durch eine Arbeitsgruppe der Landesärztekammern erarbeiten zu lassen. Dabei sollten insbesondere auch Ergebnisse aus dem Blended-Learning-Projekt LearnART (s. Tätigkeitsbericht 2007, S. 381 ff.) übernommen werden sowie die Abgrenzung zur „Betriebswirtin“ (s. Kapitel 10.2.7, S. 350 f.) erfolgen. Trotz zunächst unterschiedlicher Vorstellungen der beteiligten Kammern hinsichtlich Struktur, Inhalten, Umfang sowie Bezeichnung bestand Übereinstimmung in dem Ziel, die Arztfachhelferin unter den geänderten Strukturbedingungen (Morbidität, Altersstruktur, Vernetzung, Arbeitsteilung, Entlastung für den Arzt, Effizienzsteigerung, Finanzierung) sowohl als Führungskraft mit Durchführungsverantwortung im Bereich Verwaltung zu stärken als auch im medizinischen Bereich zu profilieren.

Ausschuss und Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ haben am 12.09.2007 den vorgeschlagenen Rahmen gebilligt und mit der weiteren Ausarbeitung einschließlich einer Musterprüfungsordnung und einem handlungs- bzw. kompetenzorientierten Curriculum erneut eine Arbeitsgruppe beauftragt. Das von ihr vorgelegte Konzept wurde von den Gremien am 11.12.2008 gebilligt. Die endgültige textliche Gestaltung des Richtlinien- und des Prüfungsordnungsteils wurde in einer Redaktionsgruppe am 22. Januar 2009 abgestimmt. Der Vorstand der Bundesärztekammer hat der Aufstiegsfortbildung am 27.03.2009 zugestimmt und sie allen Kammern zur einheitlichen Anwendung empfohlen. Die Maßnahme wurde im Sommer 2009 mittels einer Broschüre der Bundesärztekammer einem größeren politisch-fachlichen Kreis zur Kenntnis gegeben, um den Stellenwert der Medizinischen Fachangestellten in der Gesundheitsversorgung zu untermauern. Sie wird zwischenzeitlich bereits von sechs Kammern angeboten; vier Kammern planen die Umsetzung für 2010.

Das Konzept besteht aus

- einem Einleitungsteil mit Vorbemerkung, Funktions- und Aufgabenbeschreibung (Berufsbild), Durchführungs- und didaktischen Hinweisen;
- einem Rahmencurriculum mit acht Handlungs- und Kompetenzfeldern (ein Modul à 20 Stunden und sieben Module à 40 Stunden) im Gesamtumfang von 300 Stunden,
- einem Richtlinien- und Prüfungsordnungsteil zur Durchführung und Prüfung von Fortbildungen.

Mit der neuen Bezeichnung wird die übliche Begrifflichkeit im Industrie- und Handelskammerbereich übernommen. Gleichzeitig wird damit die Kompatibilität mit Blick auf eine zukünftige Einordnung in einen deutschen Qualifikationsrahmen vorbereitet und die Zuständigkeit der Ärztekammern für anspruchsvolle Fortbildungen unterstrichen.

Das spezifische Profil der Fachwirtin als Führungskraft in kleinen und mittleren Betrieben ergibt sich aus der erkennbaren Stufung zur Grundausbildung bzw. Ausbildungsverordnung einerseits und zur 800-Stunden-Betriebswirtin (s. Kapitel 10.2.7, S. 350 f.) im Bereich Management andererseits. Sie dient nicht zur Kompensation oder Auffrischung von Inhalten der Ausbildung, sondern zur Spezialisierung und Höherqualifizie-

rung. Eine besondere Attraktivität des Profils besteht auch in der spezifischen Kombination unterschiedlicher Qualifikationen, die erforderlichenfalls jeweils einzeln erworben bzw. nachgewiesen werden müssen, nämlich in den Bereichen Datenschutz, Qualitätsmanagement, Ausbildung und Medizinproduktegesetz. Die Musterfortbildungsprüfungsordnung wurde wegen der neuen Empfehlungen des Hauptausschusses des Bundesinstitutes für Berufsbildung vom 27.06.2008 als sinnvoll erachtet. Die im Blended-Learning-Modellprojekt LearnArt 2004 bis 2007 entwickelten rund 500 Unterrichtsstunden zu den Themen Qualitätsmanagement, Praxismanagement und Kommunikation sind auf die Fachwirtin weitestgehend übertragbar.

Durch die Fachwirtin ist ein weiterer systematischer „Baustein“ der Berufsentwicklung der Medizinischen Fachangestellten seit 2006 grundlegend modernisiert und zukunftsfest ausgestaltet worden. Eine Fortsetzung bis hin zu einem Übergang in den fachhochschulischen Bereich ist durch die „Betriebswirtin“ möglich (s. unten Kapitel 10.2.7). (Weitere Informationen unter www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/ Medizinische Fachangestellte > Ausbildung/Fortbildung.)

10.2.7 Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen

Es besteht ein wachsender Bedarf in den Praxen nach hoch qualifizierten Mitarbeitern/innen mit besonderen Kenntnissen und Fähigkeiten im Managementbereich. Insbesondere die neuen Kooperationsstrukturen im ambulanten Bereich und die Vernetzung ambulant/stationär verlangen zunehmend nach Personal, das den Arzt bei organisatorischen und betriebswirtschaftlichen Aufgaben entlastet. Im zahnärztlichen Bereich zeichnet sich eine parallele Entwicklung ab. Medizinische Fachangestellte und Zahnmedizinische Fachangestellte sind aufgrund ihrer Kenntnis der realen Bedingungen im ambulanten Gesundheitswesen mindestens genauso gut wie vergleichbar fortgebildete Mitarbeiter/-innen aus überwiegend kaufmännischen/verwaltenden Disziplinen für diese Funktionen geeignet. Der Erfolg und die Nachfrage der Fortbildungsmaßnahme „Praxismanagerin“ der Ärztekammer Schleswig-Holstein, gestartet in 2001, belegt dies. Deshalb wurde hieraus unter Federführung des Bundesinstituts für Berufsbildung (BIBB) eine moderne kompetenzorientierte Fortbildung „Betriebswirtin für Management im Gesundheitswesen“ entwickelt und bis heute als Landesregelung mit sehr großem Erfolg in drei Kammerbereichen durchgeführt. In 2008 beantragte der Deutsche Industrie- und Handelskammertag (DIHK) beim Bundesministerium für Bildung und Forschung eine Bundesverordnung für einen Aufstiegsberuf nach § 53 BBiG zum/zur Fachwirt/in im Sozial- und Gesundheitswesen. Dadurch sollen die ca. 50 unterschiedlichen IHK-Regelungen vereinheitlicht werden. Die Präsentation der Ergebnisse einer Vorstudie des BIBB zu den Bedingungen, Einsatzmöglichkeiten und Qualifikationserfordernissen von Fachwirten im Gesundheits- und Sozialwesen zeigte, dass ein signifikanter Bedarf für eine betriebswirtschaftliche Fortbildung im mittleren Management vor allem in größeren Organisationseinheiten der primären ambulanten und stationären medizinischen Versorgung besteht. Wegen der Überschneidungen zu den o. g. Betriebswirte-Fortbildungen der Ärztekammern Schleswig-Holstein und Hamburg und der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe machten die (Zahn-)Ärzeschaft und der Bundesverband der Freien Berufe zunächst den Anspruch der Ärztekammern auf eine Beteiligung am Verfahren geltend. In Gesprächen der Beteiligten zeigte sich jedoch, dass der berufsfeldspe-

zifische Zuschnitt für die ambulante medizinische Versorgung durch einen breiter angelegten Fachwirt verloren gehen könnte. Außerdem drohte die „Marke“ Betriebswirtin aufgrund der abweichenden Systematik im Industrie- und Handelsbereich unterzugehen. Die Kammern haben deshalb beschlossen, sich am Verfahren derzeit nicht zu beteiligen, sie präferieren den Erhalt einer eigenständigen Fortbildung. Es ist ggf. zu einem späteren Zeitpunkt erneut über die Integration in einem Gesamtkonzept zu beraten. (Weitere Informationen auf den Homepages der Ärztekammer Schleswig-Holstein, www.aeksh.de, und der Fachhochschule Bielefeld, www.fh-bielefeld.de.)

10.2.8 Neukonzeption der Berufsbildungsstatistik

Das novellierte Berufsbildungsgesetz von 2005 enthält Neuregelungen zur Erfassung der Auszubildenden zur Medizinischen Fachangestellten im Verzeichnis der Ausbildungsverhältnisse der zuständigen Stellen und für die Erstellung der Berufsbildungsstatistik (s. ausführlich hierzu Tätigkeitsbericht 2008, S. 355 ff.).

Die Neukonzeption der Statistik und ihre Umsetzung gemeinsam mit den „zuständigen Stellen“ war ab September 2004 Gegenstand zahlreicher Sitzungen des Arbeitskreises „Berufsbildungsstatistik“ des Statistischen Bundesamtes. Dabei ging es darum, mögliche Umsetzungsprobleme bei den „zuständigen Stellen“ systematisch zu bearbeiten und den Kammern ggf. Hilfen zur Verfügung zu stellen. Im Mittelpunkt standen Fragen zu Übertragungswegen, Schnittstellen und Datensicherheit. Durch Teilnahme an den Sitzungen, vertreten durch die Landesärztekammer Hessen, durch Beratung in der Ständigen Konferenz „Medizinische Fachberufe“, durch Rundschreiben sowie durch Information des Arbeitskreises „Informationstechnologie“ der Bundesärztekammer ab 2005, wurden die Ärztekammern kontinuierlich und umfassend über den Fortgang der Arbeiten informiert. Das Statistische Bundesamt führte im November 2006 und Januar 2007 Schulungsworkshops für die Kammern durch. Die erste Erhebung mit Individualdatensätzen und zusätzlichen Merkmalen auf Basis des EDV-Konzepts des Statistischen Bundesamtes fand zum 31.12.2007 statt.

In weiteren Sitzungen des Statistischen Bundesamtes in 2008 und am 28. Oktober 2009 ging es um den Erfahrungsaustausch und die Optimierung der Erhebung 2009. Dabei wurden Fragen der Geheimhaltung, des Datenschutzes, der Datennutzung durch die Kammern sowie zahlreiche Probleme und Friktionen bei der Datenlieferung diskutiert. Teilweise wurden hierfür weiterführende Lösungsmöglichkeiten angedacht; bilaterale Gespräche wurden zugesagt. Für das Berichtsjahr 2009 ergaben sich keine Änderungen.

10.2.9 Zentraler Aufgabenpool für Prüfungen

Auf Vorschlag einiger Landesärztekammern wurde seit 2006 die Einrichtung eines zentralen Aufgabenpools für die schriftlichen Prüfung der Medizinischen Fachangestellten als gemeinsames Projekt vorangetrieben, da durch die neue Ausbildungsverordnung für alle Kammern die Erarbeitung und Verfügbarkeit komplexer handlungsorientierter schriftlicher Prüfungsaufgaben notwendig wurde. Die Ständige Konferenz „Medizinische Fachberufe“ nahm am 12.09.2007 den Sachstandsbericht hierüber zustimmend zur

Kenntnis. Am 04.12.2007 wurden in einer Informationsveranstaltung bei der Bundesärztekammer unter Beteiligung von rund 28 Vertretern aus 14 Kammern die pädagogisch-didaktischen, (edv)-organisatorischen und finanziellen Aspekte dieses Projektes erörtert.

In 2008 kam es unter Federführung der Ärztekammer Schleswig-Holstein zu einer vertraglich geregelten Kooperation der beteiligten Kammern und es wurde mit dem Aufbau des Pools begonnen. In einem Abstimmungsgespräch am 18.09.2008 bei der Bundesärztekammer wurden das weitere Vorgehen hinsichtlich der Katalogisierung der Prüfungsfragen für die drei schriftlichen Prüfungsbereiche sowie die technischen Regelungen für den Datenbankzugang konsentiert. Darüber hinaus wurden weitere Festlegungen zur Weiterentwicklung ab 2009 getroffen. Dazu gehörten im Wesentlichen die Bildung von Expertenteams aus benannten Sachverständigen aller Kammerbereiche zur Begutachtung und Weiterentwicklung der eingereichten Fragen für die Prüfungsbereiche gemäß Prüfungsordnung sowie die Festlegung, dass zukünftig auch Aufgaben der praktischen Prüfung Bestandteil des Aufgabenpools werden sollten. Im Berichtsjahr wurden die Expertenteams nach ihrer Zusammenstellung für ihre Aufgaben

- Analyse/Bewertung des existierenden Aufgabenbestandes,
- Festlegung von Gütekriterien für Prüfungsfragen,
- Entwicklung von Bewertungsinstrumenten und
- Einrichtung eines Informationsportals für die beteiligten Kammern unter Berücksichtigung entsprechender Schnittstellen zum Aufgabenpool

in mehreren dezentralen Veranstaltungen professionell geschult.

10.3 Weitere Fachberufe im Gesundheitswesen

10.3.1 Kooperation mit den Fachberufen im Gesundheitswesen

Der Dialog mit den Gesundheitsfachberufen wird u. a. in der „Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der Bundesärztekammer“ geführt. Gemäß dem Ziel der im Jahr 1989 gegründeten Konferenz, die interprofessionelle Zusammenarbeit aller Gesundheitsberufe zu verbessern, wurden bereits in der Anfangsphase „10 Thesen zur Kooperation der Berufe im Gesundheitswesen“ beschlossen (1989) und Vereinbarungen zwischen Bundesärztekammer und fünf Verbänden der Pflegeberufe zur „Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeberufen“ (1993) sowie zum Thema „Kooperationsmodelle“ erarbeitet (1994). In jeder Sitzung hatte sich die Konferenz bisher mit den jeweils geplanten Gesundheitsreformen und den in diesem Zusammenhang stets neu ins Gespräch gebrachten Varianten zur Kostendämpfung und der zunehmenden Rationierung zu beschäftigen. Das 20-jährige Bestehen im Berichtsjahr 2009 wurde mit einem Festakt und einer Ansprache des langjährigen Vorsitzenden, Prof. Dr. Dr. h. c. Karsten Vilmar, begangen. Prof. Vilmar hob insbesondere den in Deutschland einzigartigen Status der Einrichtung in ihrer Überprofessionalität mit 40 Mitgliedsverbänden hervor.

Schon 2008 waren Empfehlungen des Gutachtens „Kooperation und Verantwortung“ des Sachverständigenrates für die Begutachtung der Entwicklungen im Gesundheitswesen vom Juni 2007 sowie die durch das Pflegeweiterentwicklungsgesetz 2008 geplanten

Kompetenzerweiterungen bei der Pflege und den Physiotherapeuten wichtige Themen. Während nach Auffassung der Vorsitzenden, Prof. Dr. Dr. h. c. Jörg-Dietrich Hoppe und Dr. Cornelia Goesmann, im Kontext einer geforderten neuen Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe eine erweiterte Delegation sowie haftungsrechtliche und budgetäre Fragen eine wichtige Rolle spielten, begrüßten die Fachberufesvertreter die Öffnung zu mehr Eigenständigkeit der Leistungserbringung durch die neuen Bestimmungen in § 63 Abs. 3b und c SGB V und forderten neue Modelle der Zusammenarbeit. Es wurde eine Klausurtagung zum Thema „Kooperation der Berufe im Gesundheitswesen“ vereinbart, um Positionen zur Aufgabenverteilung im Gesundheitswesen auszutauschen und Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Eine Vorbereitungsgruppe legte am 19.12.2008 das Konzept der zweitägigen Veranstaltung fest. Ziel war es, durch eine substanziierte und vorbereitete Diskussion vorrangig zu bearbeitende Handlungsbereiche zu identifizieren und eine Vereinbarung über die weitere Vorgehensweise zu treffen. Es wurde ein schriftlicher, strukturierter Input aller teilnehmenden Verbände in Form von drei Beiträgen zum ambulanten, zum Krankenhausbereich und zur stationären Langzeitversorgung eingefordert. Der Teilnehmerkreis der Klausurtagung wurde auf zwölf Verbände und mehrere Vertreter der Bundesärztekammer festgelegt.

In der Klausurtagung am 3. und 4. März 2009, mit gemeinsamer Abendveranstaltung, moderiert durch Dr. Regina Klakow-Franck, Stellvertretende Hauptgeschäftsführerin und Leiterin der Dezernate 3 und 4 der Bundesärztekammer, erhielten alle Gruppierungen Gelegenheit zur ausführlichen Darstellung ihrer Positionen. In der Diskussion ergaben sich berufsgruppenübergreifende Themenzentrierungen, die zur Weiterbearbeitung an Arbeitsgruppen delegiert wurden: AG 1/Prozessverbesserung, AG 2/Versorgungsverbesserung, AG 3/Kommunikationsverbesserung. Die Ergebnisse der jeweils interprofessionell zusammengesetzten Arbeitsgruppen wurden im Plenum präsentiert und diskutiert; sie waren von einem jeweils unterschiedlichen Grad an Konsens zwischen den Berufsvertretern gekennzeichnet.

Die Fachberufekonferenz am 18.03.2009 beriet die Ergebnisse der Arbeitsgruppensitzungen kritisch-konstruktiv. Es ergab sich ein Votum für eine Weiterbearbeitung der Themen aller drei Arbeitsgruppen. Somit kamen die AG Prozessverbesserung am 03.06.2009, 27.08.2009 und 05.10.2009 und die AG Kommunikationsverbesserung am 03.06.2009, 23.09.2009 und 08.12.2009 zu weiteren Sitzungen bei der Bundesärztekammer zusammen. Hier wurden weitere Papiere ausgearbeitet, die in der Fachberufekonferenz 2010 präsentiert werden sollen. Die Fortführung der AG Versorgungsverbesserung nach einer Sitzung am 03.06.2009 wurde ausgesetzt; es wurden Gespräche auf Verbandsebene nach der Bundestagswahl 2009 vereinbart.

Ein weiterer Programmpunkt auf der Fachberufekonferenz war ein Vortrag zum Thema „Europäische Bildungspolitik und Deutscher Qualifikationsrahmen – Sachstand, Probleme, Perspektiven“ von MR Lothar Herstix, Ministerium für Schule und Weiterbildung des Landes Nordrhein-Westfalen. Er diskutierte die Problematik einer adäquaten Abbildung der verschiedenen Bildungsbereiche und sektoralen Besonderheiten in Deutschland, insbesondere im Gesundheitswesen mit Blick auf den Europäischen Qualifikationsrahmen (s. Kapitel 10.1.2, S. 340 f.) und erläuterte die vorgesehenen weiteren Entwicklungsschritte. Die nächste Fachberufekonferenz findet am 10.03.2010 statt. (Weitere Informationen unter www.bundesaerztekammer.de > Institutionen > Gremien > Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen.)

10.3.2 Stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die medizinische Versorgung

Der 111. Deutsche Ärztetag 2008 in Ulm hat sich sowohl in den gesundheitspolitischen Leitsätzen (Ulmer Papier) als auch in einem eigenen Tagesordnungspunkt „Arztbild der Zukunft und Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen“ mit einer stärkeren Einbeziehung nichtärztlicher Heilberufe in die medizinische Versorgung befasst.

Das Ulmer Papier stellt hierzu fest:

- *„Der steigende Versorgungsbedarf macht eine stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe sinnvoll. Im Mittelpunkt der Bildung multiprofessioneller Teams und berufsgruppenübergreifender Versorgungskonzepte muss die Synergie der verschiedenen Kompetenzen stehen.*
- *Der Schutzgedanke, der der ärztlichen Letztverantwortung für Diagnostik und Therapie und dem Rechtsanspruch der Patienten auf Facharztstandard in der medizinischen Versorgung innewohnt, darf nicht untergraben werden.*
- *Zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung hat die deutsche Ärzteschaft eigene Vorschläge für arztunterstützende und arztentlastende Maßnahmen sowie Positionen zur Delegationsfähigkeit ärztlicher Leistungen entwickelt.“*

Die Bundesärztekammer hat unter diesen Prämissen Empfehlungen des SVR-Gutachtens zur Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe kritisch-konstruktiv aufgegriffen. Prüfkriterien für neue Formen des Zusammenwirkens sind Qualifikation, Qualität und Sicherheit der Versorgung, Haftungsrecht, Zufriedenheit der beteiligten Berufsgruppen, Effizienz und Wirtschaftlichkeit. In mehrfachen Stellungnahmen, z. B. gegenüber den Gesundheitsministerien der Länder und dem Sachverständigenrat, zu Gesetzentwürfen und in zahlreichen Veranstaltungen seit 2006 und im Berichtsjahr wurde zunächst eine Folgenabschätzung vor allem in medizinischer, ökonomischer und rechtlicher Hinsicht gefordert, insbesondere im Hinblick auf die Einführung weiterer Versorgungsebenen.

Unbestritten machen Änderungen der Rahmenbedingungen der gesundheitlichen Versorgung, wie z. B. der gesellschaftliche Wandel, die Auflösung traditioneller sozialer und familiärer Netze, die demografische Entwicklung, das geänderte Krankheitsspektrum, die gestiegene Komplexität der medizinischen Versorgung, die begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen und das geänderte Selbstverständnis der Berufsangehörigen und der Patienten, eine Anpassung von Strukturen sowie neue Versorgungskonzepte notwendig. Allerdings darf dabei eine Übertragung ärztlicher Kompetenzen, wie z. B. Diagnose, Indikation, Therapieentscheidung und -planung, nicht zur Disposition stehen.

Nur eine aufeinander abgestimmte Professionsentwicklung der Berufe im Gesundheitswesen, die die Gegebenheiten des gesellschaftlich akzeptierten deutschen Versorgungssystems ausreichend berücksichtigt, kann zur Bewältigung der anstehenden Fragen beitragen. In diesem Zusammenhang müssen Strukturen und Prozesse an geänderte Bedarfe angepasst werden: Behandlungs- bzw. Betreuungskonzepte sind auf Langfristigkeit auszurichten, Prävention, Rehabilitation, Palliativversorgung gewinnen gegenüber der akutmedizinischen Versorgung an Bedeutung, psychosoziale Hilfen und Pflege sind zu integrieren und zu regionalisieren, die sektorenübergreifende Versorgung, die Kooperation zwischen den Gesundheitsberufen, die Organisation von Prozessen sowie die

Aufgabenverteilung und die Delegation ärztlicher Leistungen sind zu optimieren. Von möglichen Entlastungseffekten könnte auch die ambulante ärztliche Versorgung in strukturschwachen Regionen, insbesondere in den neuen Bundesländern, profitieren.

Multiprofessionellen Teams in der ambulanten Versorgung kommt hierbei eine noch wichtigere Rolle als bisher zu. Vorrangig ist es, die Zusammenarbeit von Hausärzten in ihrer umfassenden Aufgabenstellung nach § 73 Abs. 1 SGB V mit Medizinischen Fachangestellten und Pflegekräften unter Berücksichtigung der rechtlichen und strukturellen Rahmenbedingungen neu zu justieren. Dabei muss es um Kompetenzsteigerung, Schärfung von Profilen sowie Spezialisierung im Kontext von Kooperation gehen. Zur Arztunterstützung und -entlastung bei der Durchführung komplexer Aufgaben soll die Medizinische Fachangestellte stärker für delegierbare und koordinierende Aufgaben eingesetzt werden (s. Kapitel 10.2.5, S. 348). Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen gibt in seinem Sondergutachten 2009 „Koordination und Interpretation – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ konkrete Hinweise auf in diesem Sinne erweiterte Funktionen und Kompetenzen der MFA im (haus-)ärztlichen Team.

Für den Bereich der stationären Versorgung hat der Vorstand der Bundesärztekammer im November 2008 einen Studienauftrag zur Delegation und Kooperation vergeben mit dem Ziel, ca. 10 bis 15 repräsentative praxisnahe Szenarien für eine multiprofessionelle Kooperation/Delegation im Behandlungsablauf zu entwerfen – auf der Basis des Beschlusses des 111. Deutschen Ärztetages 2008 (Drucksache III-04) „Delegation ja – Substitution nein“. Dabei sollen konkrete, praktikable, interprofessionell abgestimmte Prozeduren, die geltendes (Haftungs-)Recht berücksichtigen und die von hoher Relevanz für den Versorgungsalltag im Krankenhaus sind, entwickelt werden. Die Ergebnisse der qualitativen Studie werden Anfang 2010 im Vorstand der Bundesärztekammer präsentiert und sollen Mitte 2010 schriftlich vorliegen.

Die Bundesärztekammer plant auf Basis von Gesprächen mit möglichen Projektpartnern in 2009 die Umsetzung der Ärztetagsentschließung aus 2008 zur stärkeren Einbeziehung von Gesundheitsfachberufen in das Case Management. Für das Jahr 2010 ist die Entwicklung eines interprofessionellen Curriculums ins Auge gefasst. Grundlage hierfür ist das 2008 veröffentlichte wissenschaftliche „Gutachten zur Frage der stärkeren Einbeziehung von (nichtärztlichen) Gesundheitsberufen in Versorgungskonzepte am Beispiel Case Management“ (weitere Informationen unter www.bundesaerztekammer.de > Ärzte > Ambulante Versorgung > Delegation ärztlicher Leistungen > Gutachten). Danach ist eine verstärkte sektoren- und berufsübergreifende Koordination und Integration diagnostischer, therapeutischer, rehabilitativer, pflegerischer und sozialer Leistungen insbesondere bei komplexen Krankheitsbildern bzw. bestimmten Patientengruppen notwendig und wünschenswert, wobei dem Case Management oder Versorgungsmanagement im Sinne eines effektiven, einzelfallorientierten Prozessmanagements ein immer höherer Stellenwert zukommt. Der Ärztetag plädierte hinsichtlich der Frage, wer zum Case Manager prädestiniert ist, für eine genaue Analyse der Case-Management-Funktionen und differenzierte dabei zwischen zwei Arbeitsbereichen, nämlich dem medizinisch-therapeutischen Bereich und dem Management- bzw. Koordinierungsbereich: Der medizinisch-therapeutische Arbeitsbereich, der die Initiierung, die Steuerung und die Übernahme der Therapie- und Ergebnisverantwortung umfasst, seien genuine Aufgaben des Arztes, insbesondere des Hausarztes; bei der Durchführung und Steuerung

des Case-Management-Prozesses werde der Arzt im Sinne einer professionsübergreifenden Versorgung im Delegationsverfahren von zusätzlich qualifizierten Gesundheitsfachberufen wie der Medizinischen Fachangestellten, aber auch Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Krankenschwestern und -pflegern sowie psychosozialen Berufen unterstützt.

Die Bundesärztekammer ist Mitglied mit dem Status der „Beteiligten“ an der Arbeitsgruppe „Modellversuche nach SGB V § 63 Abs. 3c“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), die am 17.11.2009 zur ersten Sitzung zusammenkam. Gemäß Pflegeweiterentwicklungsgesetz bestimmt § 63 Abs. 3c SGB V, dass *„Modellvorhaben ... eine Übertragung der ärztlichen Tätigkeiten, bei denen es sich um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt und für die die Angehörigen der im Krankenpflegegesetz geregelten Berufe auf Grund einer Ausbildung nach § 4 Abs. 7 des Krankenpflegegesetzes qualifiziert sind, auf diese vorsehen können.“* Der G-BA hat zugleich den gesetzlichen Auftrag erhalten, in Richtlinien festzulegen, bei welchen Tätigkeiten eine Übertragung von selbstständigen Heilkundetätigkeiten auf die Angehörigen von Kranken-/Altenpflegberufen im Rahmen von Modellvorhaben erfolgen kann. Der G-BA plant die Richtlinie zum Sommer 2010 fertigzustellen.

10.3.3 Kooperation zwischen Ärzten und Pflegeheimen

Als Ergebnis mehrerer Gesprächsrunden zwischen der Bundesärztekammer und dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa) liegt seit November 2009 das Papier „Kooperation in der heimärztlichen Versorgung – Eckpunkte zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegeheimen“ vor, das vom Vorstand der Bundesärztekammer am 20.11.2009 beschlossen wurde. Mit rund 6.100 Mitgliedern ist der bpa der größte deutsche bzw. europäische Arbeitgeberverband mit je hälftiger Mitgliedschaft aus dem ambulanten und dem stationären Pflegesektor.

Die Beteiligten waren sich einig, dass es notwendig ist, das seit dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz in der Öffentlichkeit intensiv diskutierte Thema der Optimierung der Versorgung pflegebedürftiger Menschen in Heimen aus politischen und strukturellen Gründen gemeinsam aufzugreifen. Dabei ist festzuhalten, dass es keine generelle ärztliche Unterversorgung von Heimpatienten in Deutschland gibt. Allerdings muss die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und Pflegeheimen bei der Versorgung von Heimpatienten verbessert werden. Auch in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und in einigen Kassenärztlichen Vereinigungen findet derzeit eine Befassung mit dem Thema mit dem Ziel zusätzlicher Verträge nach § 140a bzw. 119b SGB V statt. Die Vereinbarung, die in weiten Teilen der vom 112. Deutschen Ärztetag im Mai 2009 gefassten Entschließung „Optimierung der heimärztlichen Versorgung“ (Drucksache VIII-85) entspricht, könnte für diese Verträge als Richtschnur gelten. Sie wurde durch eine Pressemitteilung, Berichterstattung im Deutschen Ärzteblatt und mit Rundschreiben an die Kassenärztliche Bundesvereinigung/Kassenärztlichen Vereinigungen bekannt gegeben (Pressemitteilung s. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=3.71.6895.7917.7942>).

10.3.4 Direktzugang zur Versorgung durch Physiotherapeuten

In der Heilmittelerbringung obliegen (Differenzial-)Diagnose, Indikation und Verordnung sowie die Gesamtverantwortung dem Arzt, dem Heilmittelerbringer obliegen in diesem Rahmen die eigenverantwortliche Befunderhebung, die Maßnahmenauswahl für die Therapie sowie die Durchführungs- und Haftungsverantwortung. Die deutschen Physiotherapieverbände fordern gegenüber der Bundesärztekammer und dem Bundesgesetzgeber eine Erweiterung ihrer Kompetenzen, und zwar durch

- eine Änderung des Heilkundebegriffs bzw. den Wegfall des Arztvorbehalts einschließlich einer Abschaffung des Heilpraktikergesetzes;
- einen Abbau von „Doppelstrukturen“ im Bereich der Diagnostik;
- „freiere“ Vergütungsformen und eine andere Basis der selbstständigen Leistungserbringung.

Zur Begründung verweisen die Physiotherapieverbände auf Versorgungsstrukturen nach dem Modell des „First Contact Practitioner“ in den Niederlanden und in Australien – hier beschränkt auf privatversicherte Selbstzahler –, sowie auf die Ergebnisse schottischer Studien zur verbesserten Versorgung und höheren Patientenzufriedenheit bei Direktzugang. Sie fühlen sich in ihrem Drängen nach einer neuen Aufgabenverteilung, die den Direktzugang von Patienten zur Physiotherapie auch in Deutschland ermöglichen soll, ermutigt durch vereinzelte Rechtsprechung zu einer Segmentzulassung von Physiotherapeuten/Heilpraktikern seit 2007 sowie durch das Sachverständigenratsgutachten 2007. Durch den Direktzugang sollen auch die Schnittstellen und die Kooperation mit dem Arzt neu geregelt werden, und es soll in Folge zu einer Aufwertung des Physiotherapeutenstatus im internationalen Vergleich kommen. Hierfür benötige der First Contact Practitioner eine „erweiterte“ Zulassung durch eine staatliche Abschlussprüfung (auch für akademisch ausgebildete Physiotherapeuten). Darüber wird eine Beschränkung der Indikationsbereiche für den Direktzugang auf den Bereich von Muskel- und Skeletterkrankungen für notwendig erachtet.

Die neuen Vorschriften des § 63 Abs. 3b SGB V nach dem Pflegeweiterentwicklungsgesetz von Mai 2008 ermöglichen Modellvorhaben, in denen Physiotherapeuten „... die Auswahl und die Dauer der physikalischen Therapie und die Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen, soweit die Physiotherapeuten auf Grund ihrer Ausbildung qualifiziert sind und es sich bei der Tätigkeit nicht um selbständige Ausübung von Heilkunde handelt.“ Dies ist aus Sicht der Bundesärztekammer der erste Schritt in die von den Physiotherapeutenverbänden angestrebte Aufgabenerweiterung. Die Regelungen sind am 01.07.2008 in Kraft getreten. Modellversuche zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern finden ohne Beteiligung der ärztlichen Selbstverwaltung statt.

Die Bundesärztekammer lehnt den von den Physiotherapeuten und in Folge auch von anderen Heilmittelerbringern geforderten Direktzugang ohne ärztliche (Differenzial-) Diagnostik und Indikation ab. Direct Access unterläuft nach ihrer Auffassung die im SGB V vorgesehene Steuerungsfunktion des Arztes für nachfolgende Behandlungen bzw. kehrt sie zumindest in den von den Physiotherapeuten vorgesehenen Indikationsbereichen um. Durch die Umkehr der Reihenfolge werden unmittelbar der Arztvorbehalt für diagnostische Entscheidungen und die Indikationsstellung berührt bzw. die bisherige Differenzierung von Diagnostik durch den Arzt und Befunderhebung durch den Physiotherapeuten aufgelöst.

Die Konsequenzen für die bisher bei den Ärzten liegende Budgetverantwortung sind völlig offen. Die derzeitige klare Aufgabenstellung: (Differenzial-)Diagnostik/Indikationsstellung für Heilmittel (z. B. Physiotherapie) durch den Arzt, Befunderhebung und Therapie durch den Heilmittelerbringer (z. B. Physiotherapeuten) stellt keine überflüssige oder kostenträchtige Doppelstruktur dar, sondern ist eine notwendige und nur partielle Überschneidung beider Arbeitsfelder, wie sie sich bei einer arbeitsteiligen Vorgehensweise am Patienten zwangsläufig ergibt. Die Übertragbarkeit z. B. schottischer Studien auf das deutsche Gesundheitswesen mit seinem hohen Ausgangsversorgungsniveau ist zu bezweifeln. Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang das Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 26.08.2009 zur Heilpraktikererlaubnis für Physiotherapeuten. Zwar wurde darin die Möglichkeit der Erteilung einer auf den Bereich der Physiotherapie beschränkten Heilpraktikererlaubnis bejaht, ein ausgebildeter Physiotherapeut müsse sich allerdings zur Erlangung einer solchen Erlaubnis einer eingeschränkten Überprüfung seiner Kenntnisse und Fertigkeiten unterziehen. Eine dem Arzt gleichgestellte Kompetenz zur selbstständigen Ausübung der Heilkunde und Erstdiagnose wurde gleichwohl ausdrücklich verneint. Physiotherapeuten könnten qua Berufsgesetz nur auf ärztliche Indikation, Anordnung und Verordnung tätig werden.

Für die Zukunft ist zu überlegen, wie der zweifellos hohen professionellen Kompetenz der Heilmittelerbringer durch adäquate Kooperationsstrukturen evtl. stärker Rechnung getragen werden kann, z. B. um eine raschere Versorgung mit Anschlussheilbehandlungen zu ermöglichen. Die Bundesärztekammer wird den Dialog sowohl mit den Physiotherapieverbänden als auch mit den ärztlichen Fachgesellschaften und Berufsverbänden in 2010 fortführen.

10.3.5 Operationstechnische Assistenz

Die Bundesärztekammer wirkte in 2008 in einer Expertengruppe beim Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen zur Vorbereitung einer Bundesratsinitiative für die gesetzliche Regelung einer Ausbildung zur operationstechnischen Assistenz (OTA) als Gesundheitsberuf nach Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz mit, der Vertreter der Länder, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen und des OTA-Schulträgerverbandes angehören.

Zwar hält die Bundesärztekammer die Überführung dieser Ausbildung in die duale Ausbildungsform nach Berufsbildungsgesetz für wünschenswert und sinnvoll, so wie dies derzeit auf Landesebene in Schleswig-Holstein geregelt ist. Die duale Ausbildung ist insbesondere im berufsschulischen Bereich qualitativ hochstehend, bietet die gewünschten Arbeitsmarktchancen für die Jugendlichen und ist vor allem unter Finanzierungsaspekten (Finanzierung außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung) angesichts neuer Entgeltformen im Krankenhaus die bessere Lösung.

Allerdings boten die politischen Mehrheitsverhältnisse der letzten Legislaturperiode keine Chancen für eine Realisierung dieser Option. Darüber hinaus wurden ausschließlich positive Erfahrungen mit der bisherigen Ausbildung zum OTA nach DKG-Richtlinie gemacht, insbesondere wegen des hohen Bildungsstandards der Bewerber. Deshalb formulierte die Bundesärztekammer folgende Konditionen, denen in der Entwurfsfassung Rechnung getragen wurde:

- Saubere Schnittstellenlösung zum Arzt in Bezug auf delegierbare Leistungen; der bisherige Aufgabenbereich des OTA nach DKG-Richtlinie ist beizubehalten.
- Die Finanzierungsfrage darf nicht zulasten der Ärzteschaft gelöst werden (etwa durch Beeinträchtigung der Aus- und Weiterbildung, Reduzierung von Stellen oder Gehältern); im Zweifelsfalle ist die Erhöhung des Budgets zu fordern.
- Die Qualität der Ausbildung (schulische/praktische Rahmenbedingungen) muss gesichert sein.
- Die Beschäftigung von OTAs darf nicht zur Absenkung des Facharztstandards führen.

Der Bundesrat hat in seiner 856. Sitzung am 06.03.2009 beschlossen, auf der Basis dieses Entwurfs einen Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 (1) des Grundgesetzes beim Deutschen Bundestag einzubringen. In ihrer Stellungnahme vom 05.06.2009 wies die Bundesregierung darauf hin, dass das Gesetzgebungsverfahren nicht mehr in der laufenden Legislaturperiode abgeschlossen werden könne. Zudem sei grundsätzlich die Frage der Einsatzbreite von OTAs und der Stellenwert des Berufs im Rahmen eines Gesamtkonzeptes zur Weiterentwicklung der nichtärztlichen Heilberufe zu ventilieren. Die weitere Entwicklung in der 17. Wahlperiode bleibt abzuwarten.

Die Bundesärztekammer weist auch Bestrebungen zurück, durch Fortbildungskonzepte wie den Chirurgischen Operationsassistenten (COA) systematisch in den heilkundlichen Bereich überzugreifen. Sie forderte demgegenüber, z. B. in mehreren Gesprächen mit einem Krankenhauskonzern in privater Trägerschaft in 2008 bzw. im September 2009, anstelle einer kurzfristigen Kompensation von Chirurgenstellen aus betriebswirtschaftlich-ökonomischen Interessen heraus eine langfristig ausgerichtete, nachhaltige Förderung des ärztlichen Nachwuchses und dessen Weiterbildungsmöglichkeiten.

10.4 Tarifangelegenheiten des Praxispersonals

Im Jahre 1968 wurde die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinische Fachangestellte (AAA) als tariffähige Arbeitgebervereinigung gebildet. Seit dem 01.04.1969 wurden 34 Gehaltstarifverträge und 13 Manteltarifverträge mit dem Verband medizinischer Fachberufe und teilweise weiteren Gewerkschaften abgeschlossen. Die Geschäftsstelle wurde wegen der überregionalen Bedeutung und der ordnungspolitischen Funktion bei der Bundesärztekammer angesiedelt.

Seit dem Jahr 2007 ist die Vorsitzende der AAA Dr. Cornelia Goesmann, Hannover; die Stellvertreter sind Dr. Gunter Hauptmann, Saarbrücken, und Dr. Max Kaplan, Pfaffenhäuser. Die Mitgliederversammlung am 06.05.2009 fand gemeinsam mit dem Tarifbeirat statt und diente der intensiven Vorbereitung der Tarifverhandlungen angesichts der Auswirkungen der Honorarreform 2009.

Nach Jahren der Budgettierung spielte bei den Tarifverhandlungen 2009 die Grundlohnsammensteigerungsrate erstmals keine Rolle mehr. Stattdessen wurden die 2,7 Milliarden Euro, die zusätzlich zwischen 2007 und 2009 in die ambulante Versorgung geflossen waren, als Orientierungsrahmen herangezogen. Von den zusätzlichen Finanzmitteln sollte auch das Praxispersonal angemessen profitieren und der Beitrag der rund 320.000 Medizinischen Fachangestellten (MFA) an der Leistungserbringung in den Praxen stärker honoriert werden. Dabei spielte die politisch motivierte Diskussion um eine

stärkere Einbeziehung nichtärztlicher Gesundheitsberufe in die Versorgung ebenfalls eine große Rolle.

Auf der Versorgungsebene vollzieht sich eine deutlich wahrnehmbare Entwicklung hin zu einer Aufwertung der Medizinischen Fachangestellten im ambulanten therapeutischen Team, die von der Bundesärztekammer vorangetrieben wird. Die neue Ausbildungsverordnung von 2006, die mittlerweile breite und aktuelle Palette anspruchsvoller Fortbildungscurricula der Bundesärztekammer und die neue 420-Stunden-Aufstiegsfortbildung zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung sind Ausdruck einer gestiegenen Qualifikation und einer zunehmend wichtigen Funktion der Medizinischen Fachangestellten im Versorgungsgeschehen. Die Delegationsvereinbarung nach § 87 Abs. 2b SGB V („Praxisassistentin“) vom April 2009 (s. Kapitel 10.2.5) ist ein weiteres Beispiel hierfür. Diese Entwicklung muss sich nach Auffassung der Arbeitgeber künftig in einer Vergütung niederschlagen, die derjenigen vergleichbarer Berufe entspricht, auch wenn sich die optimistischen Erwartungen an die Honorarreform 2009 – zumindest in einigen Regionen und Facharztgruppen – nicht generell erfüllt haben. Trotzdem wurden die Tarifgehälter – in Abwägung aller Argumente und in Kenntnis der aktuellen Datenlage zur Honorarsituation – zum 01.07.2009 linear um fünf Prozent erhöht. Die Ausbildungsvergütungen erhöhten sich in allen Ausbildungsjahren um 50 Euro. (Die Ost-West-Angleichung erfolgte bereits 2007.) Leider hat der Gesetzgeber anders als im stationären Bereich keine Möglichkeit vorgesehen, tarifvertragliche Gehaltssteigerungen zumindest teilweise durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) zu refinanzieren. Trotz intensiver Bemühungen gemeinsam mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung war es auch 2007 nicht gelungen, in den EBM-Verhandlungen sowie im Erweiterten Bewertungsausschuss Krankenkassen und Bundesministerium für Gesundheit dazu zu bewegen, die Personalkostenkomponente bei einer Erhöhung der Gesamtvergütung zusätzlich angemessen zu berücksichtigen. Andererseits sollte nach Auffassung der ärztlichen Arbeitgeber verhindert werden, dass der ambulante medizinische Bereich in den Sog der Mindestlohndebatte gerät. Die Zahlung von angemessenen Tariflöhnen verhindert eine Debatte über die Abschaffung autonomer Tarifvertragsparteien, wie sie der Deutsche Gewerkschaftsbund derzeit mit der Begründung führt, dass die Aufnahme in das Arbeitnehmerentendegesetz und damit die Einführung eines Mindestlohns eine größere Verbindlichkeit habe als der Abschluss zu niedriger Tariflöhne durch nicht durchsetzungsfähige Tarifvertragsparteien. Als Ordnungsfaktor bei den Arbeitsbedingungen ist die AAA vor 40 Jahren mit dem Anspruch gegründet worden, den Mindeststandard in den Beschäftigungsbedingungen festzulegen und eine normierende Funktion im Gehaltsgefüge auszuüben. Diese Funktion hat die AAA rückblickend gesehen mit Erfolg wahrgenommen. Dass sie diese regulative Funktion immer noch erfüllt, zeigt nicht nur die Gestaltung der betrieblichen Altersvorsorge seit dem Jahr 2002, sondern auch der noch heute beachtliche Anteil tarifbasierter Arbeitsverhältnisse sowie die weitestgehende Orientierung an den manteltariflichen Rahmenbedingungen in den Arbeitsverträgen, obwohl die Tarifwerke nicht allgemeinverbindlich sind. Auch unter den immer schwierigeren wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen der letzten Jahre hat sich gezeigt, dass Vorstellungen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite immer noch konsensfähig sind. Die stabilisierende Wirkung von Tarifverträgen auf den Arbeits- und Betriebsfrieden sowie auf den innerärztlichen Wettbewerb um Arbeitskräfte ist nicht zu unterschätzen. Prozesse der Regionalisierung in anderen freiberuflichen Gesundheitsbereichen (z. B. bei den Zahnärzten) werden dort

eher als nachteilig empfunden. (Weitere Informationen unter www.bundesaerztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Tarife.)

10.5 Altersversorgung/Pensionskasse der Gesundheitsberufe (GesundheitsRente)

Nach Vorberatungen der Tarifpartner seit 2000 wurden im Januar 2002 die Eckwerte eines Entgeltumwandlungsvertrages auf der Basis der seit 2001 geltenden gesetzlichen Grundlagen (Altersvermögensgesetz und Gesetz zur betrieblichen Altersversorgung) festgelegt und die Einrichtung einer spezifischen Altersversorgungseinrichtung für Praxispersonal in Form einer Pensionskasse beschlossen, um den rund 90.000 Arztpraxen/ambulanten Versorgungseinrichtungen in Deutschland eine orientierende Entscheidungshilfe für die Durchführung der Altersversorgung ihrer Mitarbeiter zu bieten und einen Beitrag zur Zukunftssicherung im Alter durch den Aufbau einer kapitalgedeckten Altersversorgung zu leisten.

Mit dem „Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung durch Entgeltumwandlung“ vom 23.01.2002 nebst Ergänzungen war für alle tariflich orientierten Arbeitsverhältnisse formalrechtlich der Weg für die betriebliche Altersversorgung ab dem 01.01.2002 frei. Der Entgeltumwandlungstarifvertrag setzte die Vorgaben und Fördermöglichkeiten des Altersvermögensgesetzes in einer Form um, die sowohl den gesetzlichen Vorgaben genügte als auch den Bedingungen in den ärztlichen Praxen und den Bedürfnissen der Medizinischen Fachangestellten Rechnung trug. Die Modalitäten sollten gewährleisten, dass mit einem Minimum an Zeit und organisatorischem und finanziellem Aufwand für den Arzt ein Maximum an Förder- und Versorgungsleistungen für die Mitarbeiter erreicht wird. War die Altersversorgung anfangs noch rein arbeitnehmerfinanziert – die Beiträge sollten z. B. aus den vermögenswirksamen Leistungen gespeist werden –, wurde mit dem Tarifvertrag zur betrieblichen Altersversorgung und Entgeltumwandlung vom 22.11.2007, der am 01.04.2008 in Kraft trat, erstmalig eine arbeitgeberfinanzierte Versorgung eingeführt.

Auf die neue tarifvertragliche Leistung eines Arbeitgeberbeitrags in Höhe von 20 bzw. 10 Euro haben alle Medizinische Fachangestellten/Arzthelferinnen mit einem tariforientierten Arbeitsvertrag Anspruch. Dabei haben sie die Wahl zwischen zwei Formen: Sie können zusätzlich zu einem VL-Vertrag einen Altersvorsorgevertrag abschließen oder den Arbeitgeberbeitrag mit den VL-Leistungen in einen Vertrag zusammenführen: Sollten sie sich für Letzteres entscheiden, dann erhalten die Arbeitnehmerinnen einen weiteren Zuschuss von sechs bzw. drei Euro. Diese Variante ist durch den zusätzlichen Anreiz und die sich weiterhin ergebenden sozialversicherungsrechtlichen und steuerlichen Vorteile deutlich attraktiver. Die Einbeziehung von Auszubildenden bereits nach der Probezeit erfolgte aus sozialpolitischen Gründen: Ein frühzeitiger Beginn ist gerade bei der Altersvorsorge wichtig, da nur bei langen Vertragslaufzeiten auch mit kleinen Sparraten aufgrund des Zinseszinses eine nennenswerte zusätzliche Altersversorgung aufgebaut werden kann.

Ab dem 01.01.2015 sind nur noch Verträge zur betrieblichen Altersversorgung möglich. Die vermögenswirksamen Leistungen werden zu diesem Zeitpunkt als tarifvertragliche

Leistung abgeschafft (Ausnahme: auslaufende VL-Verträge, die ggf. bis Ende 2014 zulässigerweise noch abgeschlossen wurden). Dadurch soll sichergestellt werden, dass die Altersvorsorge zur Abwendung von Altersarmut flächendeckend in den Arztpraxen implementiert wird und dass langfristige Vorsorge einen höheren Stellenwert als kurzfristig orientierter Konsum enthält.

Der Tarifvertrag sieht als Durchführungsweg das Pensionskassenmodell vor. Diese Entscheidung wurde 2002 unter den Tarifvertragsparteien nach eingehender Prüfung, insbesondere hinsichtlich der Kosten für den Arbeitgeber (Wegfall der Insolvenzversicherung und Steuerfreiheit für Arbeitgeberbeiträge) und der (steuerlichen) Vorteile und Fördermöglichkeiten für die Medizinischen Fachangestellten, einvernehmlich getroffen. Gleichzeitig wurde die Schaffung einer eigenständigen Versorgungseinrichtung für Praxispersonal beschlossen. Diese bietet im Sinne einer Gruppenversicherung alle wünschenswerten Vorteile hinsichtlich Rendite, Verwaltungskosten, Logistik, Beratung und Ablaufleistung. Mit Unterstützung eines renommierten externen Beraters wurde auf der Basis eines Ausschreibungs- und Auswahlverfahrens zwischen April und Oktober 2002 der Träger dieser Versorgungseinrichtung ausgewählt; die Entscheidung fiel – gemeinsam und einvernehmlich mit dem Arzthelferinnenverband und der Zahnärzteschaft (Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Zahnärzthelferinnen) – zugunsten der Deutschen Ärzteversicherung, Köln, gemeinsam mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank, Düsseldorf, aus. Die Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung haben dies am 27.09.2002 zustimmend zur Kenntnis genommen.

Nach Abschluss einer Kooperationsvereinbarung im Oktober 2002 wurde der Geschäftsbetrieb unverzüglich aufgenommen. Die Deutsche Ärzteversicherung (mit ihrem speziell gegründeten Risikoträger Pro bAV) bot zunächst einen Vorsorgetarif in Form einer fondsgebundenen Rentenversicherung an, optional ergänzbar um eine Berufsunfähigkeitszusatzversicherung. Im Sommer 2003 kam als alternative Möglichkeit ein klassischer Rententarif mit Garantiezins hinzu. Die Gründungsmitglieder begleiteten die Implementierung intensiv in Form eines Lenkungsausschusses und seit Oktober 2003 im Rahmen eines Beirates, in den durch die Mitgliederversammlung der AAA am 06.05.2009 für die Ärzteschaft San.-Rat Peter Sauer mann, Hamburg, Dr. Klaus Uffelmann, Gemünden, und Dipl.-Volksw. Franz Stobrawa, Bonn, für weitere drei Jahre wieder berufen wurden. Seit der Zahlung eines Arbeitgeberbeitrages erhöhte sich die Vertragszahl auf 20.080 (Stand: 05.10.2009). Dies zeigt, dass die Gesundheitsrente ein guter und attraktiver Weg ist, die sozialpolitische Verantwortung der Ärzteschaft für ihre Mitarbeiter in den Arztpraxen darzustellen sowie die motivierten Angestellten zu binden. Angesichts des rasch wachsenden Beitrags- und Anlagevolumens wurde im Beirat Pensionskasse am 12.02.2009, 30.06.2009 und 05.10.2009 auf der Basis eines Gutachtens der Heubeck-AG (Köln) über die Weiterentwicklung der Tarife und der Gesundheitsrente unter dem Dach der Pro bAV beraten. Das Modell „Gesundheitsrente“ steht auch anderen Berufsgruppen und Institutionen/Arbeitgebern im Gesundheitsbereich offen. (Weitere Informationen unter www.bundesaeztekammer.de > Ambulante Versorgung > Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte > Tarife.)